Ueber das Frühaufstehen nach Laparotomien.

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Albert Ludwigs-Universität Freiburg i. B.

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Max Silberberg

Medizinalpraktikant aus Berlin.

Berlin 1909.

Druck von Emil Streisand, Berlin S.W., Alte Jacobstr. 120.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543126_0033

Es ist leider eine nicht zu leugnende Tatsache, dass auch heutzutage eine Laparotomie trotz glänzender Technik und peinlichster Asepsis einen nicht absolut gefahrlosen Eingriff darstellt. Zwar auf dem Operationstische selbst gehen unter vielen, vielen Fällen nur einige wenige zu Grunde, aber das sich anschliessende Krankenlager fordert auch heute noch eine gewisse Zahl von Opfern.

Gut durchgebildete Technik und strengste Asepsis, sind das wirklich die einzigen Waffen, die ein Operateur im Kampfe gegen Krankheit und Tod anwenden kann? Eine Zeit lang schien es in der Tat, als ob es eine Schranke gäbe, über die hinaus ein Vorwärtsdringen unmöglich sei.

Da hat E. Ries in Chicago als erster eine neue Methode einzuführen versucht, von welcher er behauptete, dass man durch ihre Anwendung imstande sei, eine grosse Zahl von Nachkrankheiten zu vermeiden. Vor mehreren Jahren konnte er bereits in einer Verhandlung der Chicagoer geburtshilflichen Gesellschaft über diese neue Methode berichten. E. Ries empfahl als wirksamen Schutz gegen viele sich postoperativ einstellende Schädlichkeiten das frühzeitige Aufstehen der Laparotomierten. Es haben sich damals fast alle Gynaekologen gegenteilig ausgesprochen, und nur wenige entschlossen sich zur Nachahmung. Diejenigen, die es taten, konnten Günstiges berichten; so Chandler und W. und Ch. Mayo.

Im Jahre 1907 erschien in New York von H. J. Boldt eine Schrift, in welcher er über seine Erfolge mit dem Frühaufstehen berichtet. Er hatte 384 Fälle so behandelt und vorzügliche Resultate erzielt. Er führte seine Operationen in der kombinierten Narkose von Skopolamin-Morphium und Chloroform-Aether aus. Nach vollendeter Operation wurde die Wunde mit einer Lage steriler Gaze bedeckt, dann wurde, um die Bauchdecken festzustellen, ein Scultet'scher Verband aus Zinkheftpflaster, 30 cm breit, um den Bauch gelegt. Wenn eine vaginale Drainage nötig war oder wenn bei Eiterungen oder starken Verwachsungen eine intra-

peritoneale Absonderung zu erwarten war, vermied er das Frühaufstehen und liess nur durch einen von ihm construierten Bettheber das Kopfende des Bettes stark erhöhen, um günstigen Abfluss zu erzielen.

Seine Erfolge waren, wie gesagt, gut.

In Deutschland war wohl B. Krönig der erste, welcher der Methode des Frühaufstehens das Wort redete und auch praktische Versuche anstellte. Er hat anfangs nur einige wenige zaghafte Nachfolger gefunden, und erst in neuerer Zeit scheint man ihm mehr Verständnis entgegenzubringen.

Landau übernahm die Methode und er hat von ihr wie Hartog berichtete, nur Gutes gesehen.

Auch Witzel hat seit mehreren Jahren das Frühaufstehen durchgeführt und ausgezeichnete Resultate gewonnen.

Ein eifriger Anhänger der neuen Lehre ist Hermann Kümmell (Hamburg). Im April 1908 hielt er auf dem Congresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie einen Vortrag, in dem er über die »Abkürzung des Heilungsverlaufs Laparotomierter durch frühzeitiges Aufstehen« berichtete. Kümmell hat bei 164 Patienten fast immer eine überraschend gute Rekonvalescenz erzielt

In Kiel hat Franz Cohn die Empfehlung Krönigs nachgeprüft, und auch er sieht darin einen wesentlichen Fortschritt.

Freilich gibt es auch Autoren, die trotz eigener Versuche nicht ganz von der Richtigkeit der Methode überzeugt wurden.

Abel will keine Vorteile von dem Frühaufstehen gesehen haben.

Heule in Breslau will ebenfalls trübe Erfahrungen gemacht haben und beschränkt sich auf Lungengymnastik und Massage der Extremitäten vom ersten Tage ab.

Alex. Fränkel meint, dass man bezüglich des Frühaufstehens individualisierend vorgehen müsste und das Ruhebedürfnis derer nicht stören sollte, die keine Zeichen functioneller Schwäche von Seiten des Kreislaufs oder der Atmung aufweisen.

Die Idee, einen Patienten schon in allernächster Zeit nach einer eingreifenden Operation wieder aufstehen zu lassen, wirkt im ersten Momente so erschreckend und steht mit allen Traditionen so sehr im Widerspruch — und leider ist ja auch in der Medizin die Tradition stets ein Heiligtum gewesen, das man nicht ungestraft verletzen darf! —, dass man sich nicht wundern kann, wenn manch ein Laie sich entsetzt weigert, das Bett zu verlassen, und wenn manch ein Fachmann ein mitleidig-verächtliches Lächeln aufsetzt und ernste wissenschaftliche Bedenken vorbringt.

In wiefern will denn die Methode des Frühaufstehens verbessernd wirken?

Es ist zunächst die Thrombose und die sich eventuell anschliessende Embolie, welche eine Hauptgefahr des postoperativen Krankenlagers darstellt. Alex. Fränkel glaubt nach den übereinstimmenden statistischen Zusammenstellungen nicht zu weit zu gehen, wenn er für die Laparotomie die Zahl der postoperativen Thrombose auf 5% und die der nachfolgenden Embolie auf $2^1/_2$% anschlägt.

Die Thrombose stellt zweifellos einen komplizierten und morphologisch nicht einheitlichen Process dar, der nach vieler Richtung hin der Aufklärung bedarf. Es gibt für die Erklärung der postoperativen Thrombose zwei einander widersprechende Theorien, deren Annahme oder Verwerfung von prinzipieller Bedeutung ist für die Frage nach den Vorteilen des Frühaufstehens. Die eine Theorie sieht in der Thromboembolie einen im Grunde durch Wundinfection bedingten Zustand, auch wenn sie scheinbar vom Wundverlauf vollkommen unabhängig und bei ungestörter Asepsis auftritt. Die andere Theorie glaubt, dass für die Aetiologie der Thromboembolie allein mechanische Factoren in Betracht kommen.

Es ist gewisslich nicht schwer, für jeden Fall von Thromboembolie Anhaltspunkte für eine Infection zu finden, wenn man bedenkt, dass unsere Asepsis niemals sorgfältig genug sein kann, um mit unfehlbarer Sicherheit alle pathogenen Keime von den Geweben des Operationsgebietes fernzuhalten. Aber es ist doch

sicherlich etwas gezwungen, eine Thrombose der Schenkelvene, die ohne jede Allgemeinerscheinung nach einem symptomenlosen und beschwerdefreien Intervall auftritt, als eine infectiöse Metastase anzusprechen. Viel einfacher und durch wissenschaftliche Tatsachen besser gestützt erscheint mir die rein mechanische Erklärung. In der operativen Gynäkologie von Döderlein-Krönig heisst es S. 124: »Die Schenkelvenenthrombose ist in der Mehrzahl der Fälle durch rein mechanische Momente bedingt. Bei bettlägerigen Kranken ist in der Horizontallage die Gegend der Schenkelvenen kurz unterhalb des Poupart'schen Bandes der höchste Punkt der Strömung im Verlaufe der Bein- und Beckenvenen. Die Erfahrung lehrt aber, dass bei hinlänglicher Verlangsamung des Blutstromes sich im strömenden Blut die Blutplättchen an der Gefässwand ablagern, zwischen welchen dann weisse Körperchen in grösserer oder geringerer Zahl und unter gleichen Umständen auch rote angetroffen werden. Mit dieser Ablagerung von Blutplättchen kann sich dann der Coagulationsprocess verbinden, indem Fibrinfermente aus den weissen Blutkörperchen frei werden, was eine Gerinnung des Blutes und dadurch die Verstopfung des Gefässlumens durch einen obturierenden Thrombus nach sich zieht. Die Disposition zur Gerinnung ist bei anämischen und herzschwachen Individuen, bei welchen der Blutstrom an und für sich schon schwach ist, erhöht. Für die rein mechanische Entstehung der Schenkelvenenthrombose sprechen auch die von Levander und Riedel gemachten Beobachtungen, dass die Schenkelvenenthrombose häufiger links als rechts auftritt. Auch wir können das bestätigen. Unter acht von uns beobachteten Schenkelvenenthrombosen war dieselbe fünfmal am linken Bein, zweimal am rechten und einmal an beiden Beinen. Riedel glaubt, diesen merkwürdigen Unterschied aus dem anatomischen Verhalten der Vena iliaca dextra ableiten zu sollen. Die Vena iliaca sinistra ist nach Riedel einem dreifachen, mehr oder weniger rechtwinklig erfolgenden Arteriendruck unterworfen, während die Vena iliaca dextra nur einem einfachen, und zwar einem unter spitzem Winkel erfolgenden Druck ausge-

setzt ist. Das venöse Blut strömt infolgedessen leichter rechts in die Vena cava als links.«

Ein absolut gültiger Beweis ist weder für die eine noch die andere Theorie erbracht worden und wird wohl auch nie erbracht werden können. Vielleicht liegt, wie so oft, die Wahrheit in der Mitte. Vielleicht ist in einem Teil der Fälle eine Infection, in einem andern Teil ein ungünstiger mechanischer Einfluss für das Zustandekommen der Thrombose verantwortlich zu machen, oder die Thrombose entsteht durch Infection, nachdem zuvor durch mechanische Verhältnisse die Disposition zur Erkrankung geschaffen war. Bekennt man sich nur zu diesem letzteren Standpunkt, so muss man schon dann in dem Frühaufstehen ein bedeutendes prophylaktisches Mittel gegen die Thromboembolie erblicken. Sollte man aber wirklich überzeugt sein, dass jede Thrombenbildung in ursächliche Beziehung zu einer stattgehabten Infection zu bringen und nur von ihr abhängig sei, so wird man trotzdem in dem Frühaufstehen keine weitere Gefahr zu fürchten brauchen. In einem erst in allerjüngster Zeit erschienenen Aufsatz über »Thrombophilie und das Frühaufstehen der Wöchnerinnen und Laparotomierten« sagt der Verfasser, der selbst auf dem Standpunkt der Infectionstheorie steht: »Wir können weder in der Bettruhe der Operierten die Ursache der Thrombose annehmen, noch durch das Frühaufstehen ihre Bildung verhüten, wir können andererseits aber auch nicht behaupten, dass durch das Frühaufstehen die Bildung von Thromben gefördert würde.«

Die praktischen Erfahrungen, die bisher mit dem Frühaufstehen gemacht wurden, sprechen entschieden zugunsten einer mechanischen Erklärung. Ich will hier gleich die Zahlen einzelner Autoren geben und werde später noch einmal in einer eigenen zusammenhängenden Statistik auf diese Frage zurückkommen.

E. Ries in Chicago hatte unter 500 Laparotomierten nur zweimal leichte Thrombosen, Chandler hatte unter 96 Fällen keine einzige Thrombose beobachtet. W. und Ch. Mayo hatten nach Einführung des Frühaufstehens in $^1/_3\,^0/_0$ der Fälle eine Thrombose zu verzeichnen. H. Kümmel hatte unter 164 Laparotomien keine

Thrombose, dagegen eine Lungenembolie mit tödlichem Ausgang gesehen. F. Cohn berichtet von 100 Fällen. Unter diesen hatte er freilich dreimal Thrombosen, aber stets war die Erkrankung aus der Eigenart des Falles erklärlich; eine Embolie trat nie auf. — —

Nicht so eifrig diskutiert worden ist die Frage, ob die im Anschluss an Bauchoperationen häufig auftretenden Lungenkomplikationen durch eine aktive Nachbehandlung eingeschränkt werden können. Wir wissen dass zwar wohl immer irgend eine Infection das auslösende Moment für eine Lungenaffection darstellt, dass aber das eigentliche Grundübel in einer bereits vorhandenen Disposition des Betreffenden zu suchen ist, in allgemeiner Hinfälligkeit des Körpers, in ungenügender Ventilation der Atmungsorgane, in Schwäche der Blutcirkulation. Auch diejenigen Operateure, welche nicht Anhänger des Frühaufstehens sind, haben versucht der Entstehung von Lungenkrankheiten durch Atmungsgymnastik entgegenzuarbeiten; sie halten den Patienten an, recht oft und unter Nichtachtung etwaiger Schmerzen tief Atem zu holen. Das Frühaufstehen will auch nichts anderes bezwecken, aber durch dasselbe werden gleichzeitig noch andere Hilfskräfte in Bewegung gesetzt. Zunächst wird durch die aufrechte Haltung der in Horizontallage vorhandene Druck der Leber auf das Diaphragma aufgehoben und dem Zwerchfell werden mühelosere grössere Exkursionen gestattet, sodann kommt die Blutcirkulation lebhafter in Gang und der allgemeine Kräftezustand wird gehoben. Dies sind gewiss bedeutende Vorteile gegenüber der einfachen Lungengymnastik. — —

Welch einen eminenten nachteiligen Einfluss ein längeres Krankenlager auf die Darmtätigkeit ausübt, weiss jeder, der einmal längere Zeit hat das Bett hüten müssen. Ob hierbei nur die Bettruhe als solche als schädigende Ursache in Betracht kommt oder ob auch der gedrückten psychischen Stimmung ein wesentlicher Anteil zukommt, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, ist auch für die praktische Consequenz, eine frühzeitige körperliche Bewegung anzustreben, gleichgültig. Kümmell sagt in seinem Aufsatz über »Abkürzung des Heilungs-

verlaufs Laparotomierter«: »Ein wesentlicher Vorteil des frühen Aufstehens liegt in dem Fehlen oder der baldigen Beseitigung der sonst so lästigen und oft quälenden Symptome der gestörten Darmtätigkeit. Wir wissen ja alle, wie sehr alle Laparotomierten mehr oder weniger unter diesen Beschwerden leiden, wie zahlreich und verschieden die Mittel sind, die zur Anregung der Darmperistaltik angegeben sind, wie trotz Abführmittel und Klysmata, trotz Eserin- und Strychnininjection ein quälender Meteorismus sich oft auch an die aseptisch verlaufende Laparotomie anschliesst, und wie der Kranke sich erst nach Abgang von Flatus wesentlich erleichtert fühlt. Alle diese Unannehmlichkeiten werden durch ein frühzeitiges Aufstehen rasch gebessert oder treten überhaupt in der Regel garnicht in Scene. Bei Anwendung einer Glycerininjection in das Rectum oder vorübergehendem Einlegen eines Darmrohres haben wir bei den Operierten, welche früh aufstehen konnten, kaum noch die Anwendung anderer Massnahmen nötig gehabt. Auch die erste Stuhlentleerung, erfolgt meist nach wenigen Tagen spontan, da die fast ausnahmslos mit der Bettruhe verbundene Darmträgheit und Obstipation wegfällt. Auch die Anwendung des Katheters, welche bei einer Zahl von Laparotomierten nie ganz vermieden werden kann, fällt fast vollständig fort, wenn es den Kranken gestattet ist, das Bett zu verlassen und die Urinentleerung in stehender Stellung vorzunehmen.«

Da, wie Krönig bereits in seinem auf dem 12. Deutschen Gynäkologen-Kongress zu Dresden gehaltenen Vortrag hinwies, die Stauung in einer geblähten Darmschlinge als auslösendes Moment für den postoperativen Ileus anzusehen ist, so wird die durch die frühe Anstrengung der Bauchpresse angeregte Peristaltik wesentlich dazu beitragen können, den mechanischen Ileus einzuschränken. —

Ich erwähnte bereits oben beiläufig die Wirkung, die das baldige Verlassen des Bettes auf die Psyche des Rekonvalescenten ausübt. Fast immer können wir eine heitere hoffnungsfreudige Stimmung bemerken, die nun anspornend auf alle physischen Funktionen wirkt. Den Kranken kommt das eigene Leiden garnicht recht zum

Bewusstsein und fast immer drängen sie auf eine baldige Entlassung. Ueber diese Wirkung des frühen Aufstehens auf den Patienten schreibt Kümmel: »Abgesehen von einem spannenden Gefühl in der Narbe, was naturgemäss in den ersten Tagen nicht ganz zu vermeiden ist, aber von Tag zu Tag mehr schwindet, sind subjektiv unangenehme Empfindungen kaum vorhanden. Es ist ja auch sehr naheliegend und leicht verständlich, dass Patienten, die bis zum Tage der Operation sich in einem relativ gesunden Zustande befanden, in einem derartigen wenigstens, dass sie nicht an das Bett gefesselt waren, sondern umhergingen und eine mehr oder weniger normale Ernährung genossen, durch Narkose und Operation nicht so geschwächt werden, dass sie die Folgen nicht rasch überwinden und nicht bald wieder in normale Bewegungs- und Funktionsverhältnisse gebracht werden könnten. Wenn wir das zur Operation gelangende Krankenmaterial übersehen, so handelt es sich in der weitaus überwiegenden Mehrzahl um Fälle der genannten Kategorie. Patienten, bei denen wir die Herniotomie ausführen oder die Retroflexio uteri beseitigen, befinden sich bis zur Operation ausser dem örtlichen Leiden in einem gesunden Zustand. Dasselbe gilt von der Operation, welche jetzt wohl am häufigsten ausgeführt zu werden pflegt, von der Appendektomie. Handelt es sich um eine Intervaloperation, so haben die Kranken ein mehr oder weniger langes Krankenlager hinter sich und haben die Folgen einer überflüssigen und meist nicht ungefährlichen Leidenszeit, die durch Frühoperationen zu vermeiden gewesen wäre, glücklich überwunden. Führen wir aber eine solche aus, so tritt der plötzlich Erkrankte schon kurze Zeit nach Beginn des Anfalles aus einem bisher gesunden Zustand in unsere Behandlung. Betrachten wir weiterhin die Operation am Magen und am Darmkanal, an der Gallenblase und an anderen Abdominalorganen, sowie die Myome, die Ovarialcysten und die anderen Erkrankungen des weiblichen Genitalapparats, so handelt es sich fast ausschliesslich um relativ gesunde Menschen, wenigstens um solche, die nicht durch langes Krankenlager ge-

schwächt oder jedenfalls nicht, wie man zu sagen pflegt, von den Beinen gekommen sind. Bei Kranken, welche vor dem operativen Eingriff ein langes Krankenlager durchgemacht haben, deren Muskulatur durch die lange Bettruhe und ungenügende Nahrungsaufnahme geschwächt ist, wird man natürlich in den weitaus meisten Fällen von dem frühen Aufstehen nach der Operation absehen müssen.« — —

Ich möchte hier noch einige Worte sagen über die eventuellen Gefahren des Frühaufstehens. Man muss die Möglichkeit einer wesentlich schlechteren Wundheilung und einer sich anschliessenden Hernienbildung in Rechnung ziehen. Es wäre denkbar, dass durch die Bewegungen des Kranken kleine oder grössere Blutungen an der frisch genähten Wunde entstehen, dass es zu einer Dehiscenz der Fascie und Bruchbildung kommt oder dass gar die Wunde in ihrer ganzen Länge wieder aufplatzt. Man vergesse jedoch nicht, dass die Bewegungen nur mit aller Vorsicht ausgeführt werden, und dass diese Bewegungen sicherlich keine grössere Gewalt auf die Bauchdecken ausüben als es die durch Defäkation und Urinieren oder durch einen Hustenstoss angestrengte Bauchpresse tut. Ich brauche wohl nicht zu erwähnen, dass eine exakt ausgeführte Etagennaht selbstverständlich stets erste Vorbedingung für ein Zusammenhalten der Wundränder bleibt.

Vielleicht lässt sich sogar gerade in bezug auf Wundheilung und Hernienbildung auch von dem Frühaufstehen ein günstiger Einfluss erwarten. Amberger und mit ihm viele andere behaupten, dass eine Kräftigung der Bauchmuskulatur durch methodische Uebungen eine hervorragende Massregel zur Verhütung von postoperativen Bauchbrüchen sei. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass ein ständiger leichter mechanischer Reiz förderlich ist für eine straffe und feste Narbenbildung, ähnlich wie wir es bei der Callusbildung beobachten können.

Ueber derartige Fragen können jedoch nur die praktischen Erfolge eine entscheidende Antwort sagen.

König berichtete auf dem Gynaekologenkongress zu Dresden 1907, dass er etwa 100 Frauen nach einem

Intervall bis zu 2 Jahren wiedergesehen habe und Nachuntersuchungen habe anstellen lassen. Er hat in allen diesen Fällen nicht ein einziges Mal eine Narbendehiscenz gefunden, bei welcher sich auch nur die Spitze des Zeigefingers hätte einlegen lassen. Auch Kümmell hat unter seinen 164 Laparotomien nicht ein einziges Mal eine Hernienbildung beobachtet. — —

Ich beabsichtige nun im Folgenden eine zusammenhängende Statistik zu geben über alle Fälle, welche seit Mitte 1904 in der Freiburger Universitätsfrauenklinik durch eine Laparotomie behandelt wurden.

Zahlen beweisen! Aber es kommt sicherlich darauf an, wie man die Zahlen liest. Ich sehe mich daher veranlasst, einige erklärende Bemerkungen vorauszuschicken.

Ich habe es für notwendig gehalten, das gesamte vorhandene Material nach den einzelnen Arten der Laparotomien einzuteilen. Jede dieser Abteilungen zerfällt natürlich wiederum in zwei Unterabteilungen, nämlich in diejenigen Fälle, welche früh, und diejenigen, welche spät aufgestanden sind; ich gewinne auf diese Weise eine genügende vergleichende Uebersicht. Es ist wohl überflüssig, hinzusetzen, dass nicht etwa bezüglich des Frühaufstehens eine willkürliche Auswahl der Fälle vorgenommen wurde; vielmehr liegen die Verhältnisse so, dass erst im Jahre 1906 angefangen wurde, Versuche mit dem Frühaufstehen anzustellen.

Früh und spät aufgestanden! Was ist früh, was ist spät? Man ist natürlich gezwungen, hier etwas gewaltsam eine Grenze zu ziehen. Ich habe als Grenze den 4. resp. den 5. Tag post operationem gewählt. Alle diejenigen Fälle, welche zum ersten Male bis zum 4. Tag post operationem (der Operationstag selbst rechnet als erster Tag) ausser Bett gebracht wurden, führe ich unter »früh aufgestanden«, die übrigen unter »spät aufgestanden« beziehungsweise unter »garnicht aufgestanden.«

Die Klassification des Materials habe ich, um das Material nicht zu zersplittern und die Uebersichtlichkeit zu zerstören, möglichst einfach vorgenommen. Ich unterscheide folgende Operationsarten:

1. Nicht septische Uterus- und Adnexoperationen.

Ich rechne hierzu alle diejenigen Fälle, welche von vornherein nicht septischer Natur sind, also Myome, Gonorrhoische Genitalerkrankungen, Kystome usw.

2. Septische Uterus- und Adnexoperationen.

Hierzu zähle ich auch Carcinome und Sarkome.

Bei beiden Abteilungen mache ich wieder zwei Unterabschnitte: ich sondere die Fälle, in denen der Pfannenstiel'sche suprasymphysäre Fascienquerschnitt ausgeführt wurde, von denjenigen, wo der Schnitt durch alle Etagen der Bauchdecke in der Längsrichtung geführt wurde. Ich halte diese Scheidung für wesentlich, weil beide Schnittführungen eine verschiedene Prognose hinsichtlich der Wundheilung geben, und ich gerade diesem Punkt besondere Aufmerksamkeit schenken will.

3. Alexander- Adams- und Leistenhernienoperationen.

4. Operationen von Hernien der Linea alba.

5. Operationen von Hernien des Nabels.

6. Nicht septische Appendicitisoperationen.

7. Septische Appendicitisoperationen.

8. Sonstige Darmoperationen.

9. Probelaparotomien.

Darunter verstehe ich alle diejenigen Operationen, bei denen nur eine Oeffnung der Bauchhöhle vorgenommen wurde, ohne dass der gefundene, bezw. nicht gefundene Krankheitsherd noch weiter operativ in Angriff genommen werde. Auch hier muss ich wieder nach denselben Gesichtspunkten unterscheiden, die für die Einteilung der Uterus- und Adnexoperationen massgebend waren. Ich unterscheide also:

A. Probelaparotomien, Suprasymphysärer Querschnitt.
   a. nicht septische Sachen
   b. septische Sachen.

B. Probelaparotomien, Längsschnitt
   a. nicht septische Sachen
   b. septische Sachen.

Die sonst noch ausgeführten Operationen lassen sich nicht mehr genügend rubrizieren, ich vernachlässige sie daher, möchte aber bemerken, dass dadurch nicht etwa meine Statistik künstlich zu gunsten des Frühaufstehens verändert wird.

Was die vorgenommenen Nachuntersuchungen der Kranken anbetrifft, so bin ich leider nicht in der Lage, Mitteilungen darüber zu geben, da regelmässige Nachuntersuchungen aller Fälle bei der grossen Anzahl nicht möglich waren. Ich kann also leider nichts Genaues über eventuell entstandene Hernien aussagen. Um so mehr Wert habe ich deswegen auf präzise Zahlen, die Wundheilung betreffend, gelegt, weil ja die Wundheilung in inniger Beziehung zur Hernienbildung steht und so ein gutes Bild von letzterer gewonnen werden kann.

Ebenso bedaure ich, über die postoperativ aufgetretenen Cystitiden nichts bringen zu können, da leider nicht immer in den Krankenblättern die entsprechenden Notizen zu finden waren.

Noch ein paar Worte über mehr allgemeine Fragen. Die Operationen wurden fast immer in Lumbalanaesthesie, kombiniert mit Skopolaminmorphiumdämmerschlaf ausgeführt; nur manchmal, in besonderen Ausnahmefällen, wurde von einer Lumbalanaesthesie Abstand genommen, oder es wurde nachträglich noch etwas Inhalationsnarkose gegeben. Krönig legt der Anwendung der Lumbalanaesthesie, verbunden mit dem Dämmerschlaf, besondere Bedeutung bei, ja, er ist fast geneigt sie als eine conditio sine qua non anzusehen, da dadurch die üblen Nachwirkungen auf ein Minimum beschränkt werden. —

Der Wundverband ist ein ganz einfacher: ein paar Lagen steriler Gaze, die durch ein paar Heftpflasterstreifen gehalten werden. Manchmal wurde noch leicht eine Trikotschlauchbinde umgewickelt.

Technisch wurde bei der Operation insofern auf das Frühaufstehen Rücksicht genommen, als eine Drainage fast immer vermieden wurde.

Statistik.

I. Nicht septische Uterus- und Adnexoperationen.

a. Suprasymphysärer Fascienquerschnitt.

Gesamtzahl 601. Es starben 12 Frauen.

Früh aufgestanden	408
Spät aufgestanden	185
Garnicht aufgestanden	7
Nicht angegeben	1

Wundheilung.

Die Todesfälle lasse ich hierbei unberücksichtigt.

1. Früh aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt	334	= 82,8 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt,		
aber trocken bis zum 20. Tage	45	= 11,1 %
Trocken bis zum 30. Tage	20	= 5 %
Trocken nach dem 30. Tage	4	= 1 %

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt	157	= 84,8 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt,		
aber trocken bis zum 20. Tage	22	= 11,9 %
Trocken bis zum 30. Tage	3	= 1,6 %
Trocken nach dem 30. Tage	3	= 1,6 %

Durchschnittlicher Entlassungstermin.

1. früh aufgestanden	20. Tag.
2. spät aufgestanden	26. Tag.

Postoperative Erkrankungen.

Ich führe hier selbstverständlich nur diejenigen Erkrankungen an, die in ursächlichen Zusammenhang mit Operation oder Krankenlager zu bringen sind.

1. Garnicht aufgestanden.

Es gingen zu Grunde an:

Peritonitis 3 Frauen;

Bronchopneumonie 1 Frau. In diesem Falle bestand ein Vitium cordis;

Bronchopneumonie und Pelviperitonitis 1 Frau;

Lungenembolie und beginnende Pneumonie des rechten Unterlappens 1 Frau;

Exsanguinatio aus Spermaticastumpf 1 Frau.

2. Früh aufgestanden.

Es erkrankten an:

Peritonitis 2 Frauen; beide gestorben;

Sepsis 1 Frau; gestorben;

Ileus 1 Frau; aufgestanden am 3. Tag, am 7. Tag wird die Enterostomie ausgeführt; Exitus am 11. Tag;

Herzschwäche, Bronchitis 1 Frau; in diesem Falle bestand eine Myodegeneratio cordis; Patientin geht zu Grunde; bei der Sektion findet man ausser der erwähnten Myodegeneratio cordis in den beiden Vorhöfen des Herzens Thromben;

Bronchitis 3 Frauen; in einem Falle bestand eine muskuläre Herzinsuffizienz;

Pleuritis 1 Frau. Die Pleuritis trat am 19. Tag auf, kann wohl also nicht mehr als »postoperativ« bezeichnet werden;

Bronchopneumonie 1 Frau. Bei dieser bestand bereits vor der Operation Bronchitis, sie konnte schon am 12. Tag entlassen werden.

Intraperitonealer Abscess 1 Frau;

Thrombose 4 Frauen.

Zu diesen 4 Fällen von Thrombose ist folgendes zu bemerken:

Bei dem ersten Fall trat die Thrombose am dritten Tage in Erscheinung; am selben Tage aber erst stand die Patientin auf.

Der zweite Fall hat folgenden Verlauf: Patientin steht am 2. Tage auf. Am 7. Tage hat sie eine Temperatur von 38,6; sie wird deswegen zu Bett gebracht Am 12. Tage stellt sich an der linken Vena femoralis Thrombose ein.

Ueber den dritten Fall entnehme ich aus der Krankengeschichte: »Patientin steht am zweiten Tage auf: am 6. Tage tritt eine leichte Thrombose einer Hautvene der rechten Wade auf; wird durch Bewegung koupiert.

Bei dem vierten Fall tritt am 6. Tag eine Thrombose der rechten Saphena am Unterschenkel auf, nachdem die Patientin am 2. Tage das Bett verlassen hatte. Man fühlte an dem etwas ödematösen Bein einen etwa kleinfingerdicken dem Verlauf der Saphena entsprechenden harten Strang, der auch bei der Entlassung am 31. Tag noch nicht verschwunden ist.

Ich glaube unter Berücksichtigung der näheren Umstände richtig zu handeln, wenn ich die beiden zuerst angeführten Fälle von Thrombose ausschalte, da sie tatsächlich in gar keiner Beziehung zu dem Frühaufstehen mehr stehen. Das eine Mal tritt die Thrombose bereits an demselben Tage auf, an dem die Patientin zum ersten Male das Bett verlässt, das andere Mal wird die Patientin wieder zu Bett gebracht und nach 5tägiger Bettruhe tritt die Thrombose auf.

Von den beiden übrig bleibenden Fällen ist der eine auch besonders bemerkenswert, weil die Thrombose nur ganz leichter Natur ist und durch vorsichtige Bewegung bald koupiert werden kann.

3. Spät aufgestanden.

Es wurde nachgewiesen:

Exsudat im Becken 10mal;

Pleuritis und lobuläre Bronchopneumonie 1mal; begann am 5. Tage;

Pneumonia dextra 1mal;

Bronchitis 2mal;

Bronchitis und Thrombose 1mal. Die Bronchitis begann am 3. Tage; die Thrombose (rechte Schenkelvene) am 9. Tage. Patientin stand zum ersten Mal auf am 22. Tage;

Thrombose 3mal;

Pelriperitonitis 1mal;

Pyelonephritis 1mal.

Ausserdem wurde in drei weiteren Fällen über stärkere und länger dauernde Schmerzen im Leib geklagt, ohne dass es möglich war, eine genauere Diagnose zu stellen.

b) Längsschnitt.

Gesamtzahl 49. Es starb 1 Frau.

Früh aufgestanden	15
Spät aufgestanden	33
Garnicht aufgestanden	1

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . .	11 =	73,3 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken, bis zum 20. Tag . .	1 =	6,7 %

Trocken bis zum 30. Tag . . . 2 = 13,3 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . 1 = 6,7 %

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . . 22 = 66,6 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . . 3 = 9,1 %
Trocken bis zum 30. Tag . . . 4 = 12,1 %
Trocken nach dem 30 Tag . . . 4 = 12,1 %

Durschnittlicher Entlassungstermin.

1. Früh aufgestanden . . . . . 21. Tag.
2. Spät aufgestanden . . . . . 33. Tag.

Postoperative Erkrankungen.

1. Garnicht aufgestanden:

1 Patient. stirbt am 7 Tag post operationem an Herzschwäche; es bestand gleichzeitig Schrumpfniere.

2. Früh aufgestanden:

Es tritt 1 mal Bronchitis auf. Patientin stand am 2. Tage auf; die Bronchitis trat am 16. Tage auf, kann also nicht mehr als »postoperativ« bezeichnet werden.

3. Spät aufgestanden:

Es wurde diagnostiziert:

Decubitus 1 mal, beginnt am 12. Tage; erstes Aufstehen am 17. Tag;

Bronchitis 3 mal. In einem dieser Fälle platzt am 6 Tage infolge eines Hustenstosses die Wunde in ganzer Ausdehnung auf; das Netz prolabiert; sekundäre Bauchnaht. Zum ersten Mal aufgestanden am 26 Tag

Embolie eines kleinen Lungenastes 1 mal.

Adnexinfiltrat, Pyelitis 1 mal.

II. Septische Uterus- und Adnexoperationen.

a) Suprasymphysärer Querschnitt resp. Mackenrodt'scher Bogenschnitt.

Gesamtzahl 29. Es starben 12 Frauen.

Früh aufgestanden . . . . . 13 Frauen.
Spät aufgestanden . . . . . 6 Frauen.
Garnicht aufgestanden . . . . . 10 Frauen.

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden.

Vollständig reaktionslos geheilt . . . . 8 = 72,7 %

Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . . . 2 = 18,2 %
Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 0 = 0,0 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . . 1 = 9,1 %

2. Spät aufgestanden.

Vollständig reaktionslos geheilt . . . . 4 = 66,7 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . . . 1 = 16,7 %
Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 1 = 16,7 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . . 0 = 0,0 %

Durchschnittlicher Entlassungstermin.

1. Früh aufgestanden . . . . . 28. Tag
2. Spät aufgestanden . . . . . 27. Tag

Postoperative Erkrankungen.

1. Gar nicht aufgestanden.

Es starben an:
Sepsis 1 Frau;
Peritonitis 2 Frauen;
Herzinsuffizienz, Chloroformtod, Bei Operation entstandener Läsion der Blase und starker Blutung } je 1 Frau;
Nicht näher angegebener Ursache 4 Frauen.

2. Früh aufgestanden.

Es starb 1 Frau an Kachexie. Sie stand am 2. Tage auf. Am 15. Tage wurde Mammaamputation und Ausräumung der Achselhöhle vorgenommen. Exitus am 29. Tag.

Noch eine zweite Frau starb, die ebenfalls am 2. Tage zum ersten Mal aufgestanden war. Bei ihr wurde Sektion vorgenommen. Die anatomische Diagnose lautete: »Lungenödem. Atherosklerose der Aorta und atheromatöser Zerfall und Thrombenbildung im abdominellen Teil. Sklerose der Aortenklappen und Mitralsegel. Hämorrhagischer Milzinfarkt. Frischer Nierenin-farkt rechts. Beginnende arteriosklerotische Schrumpfniere. Embolische Erweichungsherde im linken Hinterhauptlappen und Kleinhirn. Ileus infolge Adhärenz der Radix mesenterii und einer Ileumschlinge am rechten Spermaticastumpf.«

Ich glaube, dass diese beiden letztgenannten Fälle unmöglich dem Frühaufstehen zur Last gelegt werden können.

3. Spät aufgestanden.

Es trat 1 mal Bronchitis auf.

b) Längsschnitt

Gesamtzahl 45. Es starben 14.

Früh aufgestanden 18
Spät aufgestanden 16
Garnicht aufgestanden 11

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden.

Vollständig reaktionslos geheilt . . . . 8 = 61,5 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . . . 4 = 30,8 %
Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 1 = 7,7 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . . 0 = 0,0 %
Bei 2 Fällen ist über Wundheilung nichts angegeben.

2. Spät aufgestanden.

Vollständig reaktionslos geheilt . . . 10 = 62,5 %
Nicht ganz reaktionstos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . . . 2 = 12,5 %
Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 3 = 18,8 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . . 1 = 6.2 %

Durchschnittlicher Entlassungtermin.

1. Früh aufgestanden . . . . . 29. Tag
2. Spät aufgestanden . . . . . 32. Tag

Postoperative Erkrankungen.

1. Garnicht aufgestanden.

Es starben an:

Peritonitis 5 Frauen.
Peritonitis, Thromben im Bereich des Plexus spermat. int., Lungenembolie 1 Frau.
Herzschwäche 1 Frau.
Bronchopneumonie. Colitis, Proktitis 1 Frau.
Sepsis 1 Frau.
Es starb unmittelbar nach der Operation 1 Frau.
Es starb in Narkose 1 Frau; hier bestand Mitralinsuffizenz.

2. Früh aufgestanden.

Es starben an Sepsis 2 Frauen.

Eine dritte Frau, welche wegen eines Adenocarcinoms des Ovariums operiert worden war, starb eben-

falls. Sie stand am 2. Tage auf. Nach ein paar Tagen stellte sich hoch gradige Leberschwellung mit Ikterus ein, und infolgedessen sekundäre Dyspnoe. Sie starb in schwerer Kachexie. —

Sonst traten bei den Frühaufgestandenen noch auf: 1 mal ein Exsudat im Becken und 1 mal Bronchitis.

3. Spät aufgestanden:

Bronchitis wird in 1 Falle beobachtet.

Bronchitis und zugleich Thrombose des rechten Beines in einem zweiten Falle.

In einem dritten Falle wird der linke Unterschenkel von Thrombosa befallen.

Ein vierter Fall hat folgende Geschichte:

Es wird die Totalextirpation des Uterus wegen Ruptur intra pastum vorgenommen. Nach 3 Tagen wird ein Anus praetureatualis angelegt, weil sich inzwischen Symptome eingestellt haben, die als Ileus oder Darmparese oder circumscripte Peritonitis gedeutet werden. Am 13. Tag wird eine Thrombose des rechten Beins festgestellt. Patient steht am 20. Tag auf und wird am 35. Tag entlassen.

III. Alexander- Adams- und Leistenhernien-operationen.

Gesamtzahl 450. Es starb 1 Frau.

Früh aufgestanden	215
Spät aufgestanden	234
Garnicht aufgestanden	1

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . .	158 = 73,5 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . .	47 = 21,9 %
Trocken bis zum 30. Tag . . .	9 = 4,2 %
Trocken nach dem 30. Tag . .	1 = 0,5 %

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . .	179 = 76,5 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . .	39 = 16,7 %
Trocken bis zum 30. Tag . . .	13 = 5,6 %
Trocken nach dem 30. Tag . .	3 = 1,3 %

Durchschnittlicher Entlassungstermin.

1. Früh aufgestanden . . . . . 18 Tag
2. Spät aufgestanden . . . . . 23. Tag

Postoperative Erkrankungen.

1. Garnicht aufgestanden:

Es geht 1 Frau an Sepsis zu Grunde. Sektionsbefund: Sepsis mit multiplen bronchopneumonischen septischen Herden, bedingt durch septische Emboli. Frische Endocarditis, zahlreiche Thrombenbildung im Gebiet der hinteren Vaginal- und Blasenplexus sowie der linken Vena hypogastrica.

2. Früh aufgestanden:

Es trat auf:

Bronchitis bei bereits bestehender Phthisis pulmonum 1 mal,

Leichter Katarrh der oberen Luftwege 1 mal; die Krankheit begann erst am 9. Tage,

Blutung aus der gleichzeitig gemachten Colporrhaphiawunde 1 mal; Blutung trat am 5. Tage auf, nachdem Patient am Tage zuvor aufgestanden war.

In einem anderen Falle beobachteten wir ebenfalls eine schlechte Heilung der Dammwunde, so dass Pat. erst am 43. Tag entlassen werden kann.

Ueber 2 weitere postoperative Krankheitsfälle entnehme ich aus den Krankenjournalen:

1. Patient steht am 2. Tage auf. Am 3. Tage stellt sich hohes Fieber ein, so dass Patient wieder zu Bett gebracht werden muss. Man nimmt über den Lungen Erscheinungen wahr, die vielleicht als Pleuritis oder Pneumonie gedeutet werden können. Anamnestisch war festgestellt worden, dass Patient bereits als Kind lungenkrank war, und schon vor der Operation waren alte Veränderungen auf den Lungen nachgewiesen worden. — Das Fieber ist am 5. Tage abgefallen, Patient steht wieder auf und wird am 14. Tage wieder entlassen.

2. Es wird vor der Alexander-Adamsoperation der künstliche Abort eingeleitet. Hierbei entsteht durch Hegardilatation in der Gegend des inneren Muttermundes ein leicht blutender Riss. In den ersten Tagen, abgesehen von starkem Schwächegefühl, völliges Wohlbefinden. Patientin steht des entstandenen Risses wegen

erst am 4. Tage auf. Am 8. Tage klagt sie über Schmerzen im Bein, am 9. Tage wird eine Thrombose konstatiert.

3. Spät aufgestanden.

Es traten auf:

1 mal Bronchitis, Pneumonie
4 mal Bronchitis auf tuberkulöser Basis,
6 mal Bronchitis ohne besondere Disposition,
1 mal Thrombose und leichte Pleuritis,
2 weitere Male Thrombose,
1 mal Pyelitis und Adnexinfiltrat,
1 mal Bronchitis, Bronchopneumonie? Embolie? (Dämpfung, 2 mal blutiger Sputum)
2 mal Fieber ohne erkennbare Ursache,
2 mal stärkere Schmerzen im Leib, ohne dass eine genauere Diagnose gestellt wurde.

IV. Operationen von Hernien der Linea alba.

Gesamtzahl 27. Gestorben 0

Früh aufgestanden	6
Spät aufgestanden	21

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . .	3 = 50 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag	2 = 33,3 %
Trocken bis zum 30. Tag . . .	0 = 0 %
Trocken nach dem 30. Tag . . .	1 = 16,6 %

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . .	12 = 57,1 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag	6 = 28,6 %
Trocken bis zum 30. Tag	3 = 14,3 %
Trocken nach dem 30. Tag	0 = 0 %

Durchschnittlicher Entlassungstermin.

1. Früh aufgestanden	24. Tag
2. Spät aufgestanden	31. Tag

Postoperative Erkrankungen.

1. Früh aufgestanden:

Keine.

2. Spät aufgestanden:

Pleuritis trat 1 mal auf,

Pyelonephritis 1 mal,
Kolikartige Schmerzen im Unterleib ebenfalls 1 mal.

V. Nabelhernienoperationen.

Gesamtzahl 10
Früh aufgestanden 4
Spät aufgestanden 6

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . . . 4 = 100 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . . . 0 = 0 %
Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 0 = 0 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . . 0 = 0 %

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . . . 5 = 83,3 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . . . 1 = 16,7 %
Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 0 = 0 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . . 0 = 0 %

Durchschnittlicher Entlassungstermin.

Früh aufgestanden . . . . . 18. Tag
Spät aufgestanden . . . . . 22. Tag

Postoperative Erkrankungen.

Keine.

VI. Nicht septische Appendicitisoperationen.

Gesamtzahl 96
Früh aufgestanden 70
Spät aufgestanden 26

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . . 61 = 87,1 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . . . 8 = 11,4 %
Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 1 = 1,4 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . 0 = 0 %

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . . 24 = 92,3 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20 Tag . . . . 1 = 3,8 %

Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 0 = 0 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . 1 = 3,8 %

Durchschnittlicher Entlassungstermin.

1. Früh aufgestanden . . . . . 16. Tag
2. Spät aufgestanden . . . . . 25. Tag

Postoperative Erkrankungen.

1. Früh aufgestanden:

Es trat 1 mal Thrombose auf. Hierüber steht in der Krankengeschichte Folgendes:

»Patient steht am 2. Tage auf. Nachdem die ersten 6 Tage glatt verlaufen waren, traten am 7. Tage Schmerzen im linken und rechten Bein auf, ohne nachweisbare Ursache und objektiven Befund. »Aus Vorsicht« wurde Patientin im Bett gehalten mit dem Erfolg, dass am 10. Tage eine deutliche Schwellung des linken Beins (linke Wade 34, rechte 32 cm) eintrat. Die damit manifest gewordene Schenkelvenenthrombose verlief unter starken Beschwerden und 4tägigem Fieber; am 16. Tage Beginn der Abschwellung. Am 20. Tage Schmerzen in der rechten Wade, die durch vorsichtige Massage und Bewegung bekämpft wurden. Am 21. Tage: linke Wade $32^1/_2$, rechte Wade 32 cm. Entlassung am 36. Tag. — Bei der bestehenden Disposition zur Thrombose (Varicen, Adipositas) hätte eine lokale Massage und ausgiebige Bewegung vielleicht das Eintreten der Erkrankung verhütet, die — nach unserer Auffassung — durch die verordnete Bettruhe begünstigt wurde.«

2. Spät aufgestanden:

Es trat auf:
1 mal Bronchitis
1 mal Thrombose des linken Beines.

VII. Septische Appendicitisoperationen.

Gesamtzahl 36. Gestorben 3.

Früh aufgestanden 25
Spät aufgestanden 8
Garnicht aufgestanden 3

Wundheilung.

1 Früh aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . . 23 = 92 %

Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber
trocken bis zum 20. Tag . . . 0 = 0 %
Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 1 = 4 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . 1 = 4 %

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . . 4 = 50 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber
trocken bis zum 20. Tag . . . 2 = 25 %
Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 1 = 12,5 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . 1 = 12,5 %

Durchschnittlicher Entlassungstermin.

Früh aufgestanden . . . . . 19. Tag
Spät aufgestanden . . . . . 25. Tag

Postoperative Erkrankungen.

1. Garnicht aufgestanden:

Es starben an
Sepsis 1 Frau
Peritonitis 2 Frauen

2. Früh aufgestanden:

Keine Erkrankungen.

3. Spät aufgestanden:

Exsudat im Becken 1 mal.
Douglasabcess 1 mal; am 18. Tag per vaginam eröffnet.

VIII. Sonstige Darmoperationen.

Gesamtzahl 26. Es starben 12.
Früh aufgestanden 8
Spät aufgestanden 8
Garnicht aufgestanden 10

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . . 5 = 71,4 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber
trocken bis zum 20. Tag . . . 1 = 14,3 %
Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 0 = 0 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . 1 = 14,3 %

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . . 3 = 42,9 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber
trocken bis zum 20. Tag . . . 2 = 28,6 %

Trocken bis zum 30. Tag . . . . . 0 = 0 %
Trocken nach dem 30. Tag . . . . . 2 = 28,6 %

Durchschnittlicher Entlassungstermin.

Früh aufgestanden . . . . . 49. Tag
Spät aufgestanden . . . . . 36. Tag

Postoperative Erkrankungen.

1. Garnicht aufgestanden:

Es starben:
2 Frauen an Peritonitis.
7 Frauen an nicht weiter angegebener Ursache.
1 Frau an hochgradiger Abmagerung, Schenkelsenenthrombose.

2. Früh aufgestanden:

In 1 Falle:
Aufplatzen der Wunde. Sekundärnaht Exitus.

3. Spät aufgestanden:

1 Frau an nicht weiter angegebener Ursache gestorben.

IX. Probelaparotomien.

A. Suprasymphysärer Querschnitt.

a) Nicht septische Sachen.

Gesamtzahl 18. Gestorben 0.
Früh aufgestanden 15
Spät aufgestanden 3

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . 12 = 80 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . . 3 = 20 %

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . . 3 = 100 %

Durchschnittlicher Entlassungstermin.

Früh aufgestanden . . . . . 20. Tag
Spät aufgestanden . . . . . 44. Tag

Postoperative Erkrankungen.

1. Früh aufgestanden:

Keine.

2. Spät aufgestanden:

In 1 Falle: 14 Tage nach Entlassung völliger Aufbruch der tuberkulösen Bauchwunde.

b) Septische Sachen.

Gesamtzahl 3. Gestorben 0.

Früh aufgestanden 2
Spät aufgestanden 1

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden.

Vollständig reaktionslos geheilt . . . 1 = 50 %
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag . . . 1 = 50 %

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt . . . 1 = 100 %

Postoperative Erkrankungen.

1. Früh aufgestanden:

1mal: höchster Grad von Kachexie; starkes Oedem der Beine.

2. Spät aufgestanden:

1mal: Ascites. Thrombose.

B. Längsschnitt.

a) Nicht septische Sachen.

Gesamtzahl 14. Gestorben 0.

Früh aufgestanden 5
Spät aufgestanden 7
Nicht angegeben 2

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt 4
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag 1

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt 4
Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag 2
Trocken bis zum 30. Tag 1

Durchschnittlicher Entlassungstermin.

Früh aufgestanden . . . . . 19. Tag
Spät aufgestanden . . . . . 36. Tag

Postoperative Erkrankungen.

1. Früh aufgestanden:

Keine.

2. Spät aufgestanden:

1 mal: leichte Bronchitis,

1 mal: Husten, Stechen auf der Brust; Auswurf, zuweilen blutig.

b) Septische Sachen.

Gesamtzahl 15. Gestorben 3.

Früh aufgestanden 10

Spät aufgestanden 2

Garnicht aufgestanden 3

Wundheilung.

1. Früh aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt 9

Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag 1

2. Spät aufgestanden:

Vollständig reaktionslos geheilt 1

Nicht ganz reaktionslos geheilt, aber trocken bis zum 20. Tag 1

Durchschnittlicher Entlassungstermin.

Früh aufgestanden . . . . . 23. Tag

Spät aufgestanden . . . . . 27. Tag

Postoperative Erkrankungen.

1. Garnicht aufgestanden:

An Sepsis gestorben . . . . . 3 Frauen.

2. Früh aufgestanden:

Keine Erkrankungen.

3. Spät aufgestanden:

Keine Erkrankungen.

Sodann muss ich noch einen Fall erwähnen, bei dem über die Schnittführung in der Krankengeschichte nichts angegeben ist. Es handelte sich in diesem Falle um ein Carcinom des Ovariums mit zahlreicher Metastasenbildung. Patientin stand am 3 Tage auf. Am 7. Tage wurde sie wegen grosser Schwäche und Ascites bettlägerig. Am 9. Tage trat am Oberschenkel Thrombose ein.

Wer die vorhergehende Statistik mit Aufmerksamkeit gelesen hat, wird, glaube ich, zu der Ueberzeugung gelangen, dass das Frühaufstehenlassen in der Tat ein bedeutender Fortschritt in der operativen Nachbehandlung ist. Die Nachkrankheiten sind ganz wesentlich

eingeschränkt, und die Wundheilung ist im allgemeinen keine schlechtere. Wenn man bedenkt, dass die Patientinnen durchschnittlich seit Einführung des Frühaufstehens einige Tage früher entlassen und ihrem Berufe zurückgegeben werden konnten, so muss man die neue Methode nicht nur als einen wissenschaftlichen Erfolg, sondern auch als eine sociale Wohltat bezeichnen.

Zum Schlusse möchte ich noch Herrn Prof Dr. Krönig für freundliche Ueberlassung des Themas, sowie für die mannigfachen und bereitwilligen Anregungen, meinen wärmsten Dank aussprechen.

Literatur.

H. J. Boldt, The management of laparotomy patient and their modified after-treatment. New York a. Philad. med. Journ. Jan. 26. 1907.

B. Krönig, Wann sollen Laparotomierte aufstehen? Vortrag, gehalten auf dem 12. Deutschen Gynäkologenkongress, Mai 1907

H. Kümmell, Abkürzung des Heilungsverlaufs Laparotomierter durch frühzeitiges Aufstehen. Archiv für klinische Chirurgie LXXXVI 2. 1908.

A. Fränkel, Ueber postoperative Thromboembolie. Arch. f. klin. Chir. LXXXVI 2. 1908.

Döderlein-Krönig, operative Gynäkologie.

F. Cohn, Das Frühaufstehen der Laparotomierten. Centr.-Blatt f. Gynäkol. XXXII. 38. 1908.

F. Mendel, Ueber »Thrombophilie« und das Frühaufstehen der Wöchnerinnen und Laparotomierten. Münchn. Med. Wochenschrift. 1909. Bd. 42.

Lebenslauf.

Ich wurde am 22. September 1885 zu Berlin geboren. Nachdem ich 12 Jahre lang ebendaselbst das Realgymnasium besucht hatte, legte ich meine Reifeprüfung ab und wandte mich dem Studium der Medizin zu. Ich studierte 8 Semester in Berlin und die beiden letzten Semester in Freiburg i. B Hier bestand ich auch im Sommer 1909 mein ärztliches Staatsexamen.